

Kvalitet i omsorgssektoren – privat eller kommunal drift?

Av Liv Wergeland Sørbye

For pasientene og deres pårørende er det to nøkkelområder som viser om kvaliteten er god eller ikke, skriver Liv Wergeland Sørbye, forsker ved Diakonhjemmets forskningsavdeling. Det er 1) pasientens ernæringsstatus og 2) omsorg ved livets slutt. Dersom en omsorgsetat er dyktig på disse to krevende områdene, mestrer den de fleste andre oppgaver også. Da er det mindre interessant om driften er privat eller offentlig, skriver Liv Wergeland Sørbye i denne artikkelen. Hun tar for seg hvorfor ting går galt og hva som skal til for å lykkes.

Elendighetsbeskrivelse av norsk eldreomsorg er bra førstesideoppslag. Vi leser om ensomme eldre innpakket i ullpledd med 12 grader i stua. Eldre er i ferd med å sulte i hjel. Sykehjemspasienter sitter og halvsover i lange korridorer uten noen meningsfylt stimulering. Likevel har vi i vår sosialdemokratiske tradisjon hatt en klokkestro på at det er offentlig drift som sikrer likeverdige tjenester til befolkningen.

Velferdsstatens omsorgsmodell er relativt ung. På 70-tallet drev fremdeles kristelige og andre ideelle organisasjoner ulike helse- og omsorgsinstitusjoner. Etter hvert ble de private sykehusene integrert i de lokale helseplanene og fremstod som driftsenheter med offentlig garanti. Den kommu-

nale hjemmesykepleie gjorde menighetspleien overflødig. Da sykehjemmene ble fylkeskommunale, forsvant mange av de private sykehjemmene.

I 1985 frarådet Norsk Sykepleierforbund sine medlemmer å ta jobb på Ring medisinske senter. At private firma skulle tjene på syke mennesker var uhørt. Dette har endret seg. NSF's tidligere forbundsleder ble i 2000 leder for et privat utleiebyrå av helsepersonell. Dette skapte få reaksjoner.

Denne artikkelen vil beskrive ulike sider ved konkurranseutsetting. Hvorfor går ting galt og hva skal til for å lykkes.

Hva gikk galt?

Politikere bør være opptatt av å bruke



Liv Wergeland Sørbye er førsteamanuensis ved Diakonhjemmets høgskolesenter og lokalpolitiker (KrF) i Bærum. Hun har i mange år forsket på forholdene i omsorgstjenesten i Norge og internasjonalt. Foto: Diakonhjemmet

skattebetalernes penger på en fornuftig måte. Likevel har det vist seg at den kommunale drift ofte er umoderne og tungrodd. Effektivitet er et begrep som tilsynelatende har hatt en annen valør i den kommunale drift enn i det private næringsliv. Der har vært lite spørsmål om den enkelte ansattes evne til produktivitet, og få oppsigelser i kommunen på grunn av manglende egnethet i jobben. Har en kommunalt ansatt fungert dårlig, er vedkommende i verste fall blitt omplassert. Titler som konsulent eller saksutreder skjuler en del retrettsstillinger. Likevel har det vært en massiv motstand i befolk-

ningen mot konkurranseutsetting, spesielt fra kommunalt ansatte og deres fagorganisasjoner. Å sende bestemor på anbud er noe av det groveste en politiker kan utsette velgerne sine for.

To nøkkelord står sentralt i diskusjonen om konkurranseutsetting: Kvalitet og økonomi.¹

Omsorgsbudsjettet utgjør ca. 30 prosent av de kommunale utgiftene.² Da de første kommunene begynte å diskutere konkurranseutsetting var det store forventninger til hvor bra dette skulle bli. Det skulle skje

¹ Vi sier kvalitet og økonomi, men i realiteten er det økonomi som er det primære – kvaliteten blir ofte sekundær i forhold til pris.

² Agendas analyse av Kostratall (2001)

store innsparinger, midler som kunne brukes til andre gode formål.

Politikerne sliter tydeligvis for å finne nye veier i eldreomsorgen. Men det er noe vemodig når trauste organisasjoner som Røde Kors, Kirkens Bymisjon, Frelsesarmeen og Uranienborg Menighet trekker seg fra driften av sykehjem som Holtet og Ullern sykehjem, Kampen, Besstum-hjemmet og Uranienborghjemmet. Kommunen gir dem ikke de nødvendige rammebetingelser.

Cathinka Guldborg-senteret har siden det ble bygd i 1973 inngått som en privat institusjon i Oslo kommunes helseplaner. I dag selger senteret også plasser på det åpne markedet. Det er et paradoks at Oslo kommune sender egne innbyggere ut av hovedstaten, mens nabokommuner leier plass i Oslo. En må undre seg hvilke kvalitetskriterier kommunen går etter, for samfunnsøkonomisk er det vanskelig å se noen gevinst.

Det er flere grunner til at det har vært en trang start for private firma å etablere seg i norske kommuner. En viktig faktor er at kommunene selv ikke har klart å dokumentere hvor dyr driften deres faktisk har vært. Norske sykehjem har jevnt over høy kvalitet sammenlignet med aktuelle land i Europa. Vi har – til tross for elendighetsbeskrivelsen – høy pleiefaktor, lite bruk av psykofarmaka og tvangsmidler. Pasientene får god mat i trivelige omgivelser. Ene-romsreformen krever en høyere beman-

ning for regelmessig tilsyn av pasientene enn det flersengs rom krevde.

Hva skal til for å lykkes i Norge?

Skal en bedrift lykkes er det viktig med en filosofi. En visjon som har en mer bærende verdi enn det som kan måles i kroner. Det må være nærhet til ledelsen, som viser at hver enkelt blir verdsatt. Bedriften trenger entusiastiske ansatte med ansvar som tilsvaret den enkeltes kompetanse og arbeidsoppgaver. Det må være en jevn aldersspredning, og en blanding av nyutdannede og erfarne omsorgspersoner. Pasientene må få hjelp til å velge hensiktsmessige løsninger. Bedriften må ha klare kvalitetsindikatorer og et dokumentasjonssystem som er egnet for innsyn og sammenligning med tilsvarende bedrifter, såkalt «benchmarking».

En klar verdiforankring

En bedrift bør tuft sin aktivitet på verdier som kan synliggjøres i holdninger og handlinger. Det er vanskelig å skape gode metaforer. Jagland forsøkte seg med «Det norske hus», Bondevik 1 satset på Verdikommisjonen. Begge viste nytenking og vilje til å lage en felles plattform for arbeidet som skulle gjøres. Men ideene skapte ikke et felles engasjement i befolkningen. Vi har mange gode fyndord innen omsorgsyret. Likevel får helsepolitikere et troverdighetsproblem når begrep som respekt, medbestemmelse, valgfrihet, kontinuitet, trygghet, kompetanse og integritet bare blir papirtigere. Navnet på bedriften eller institusjonen er

P4 har ikke morgenandakt

«Mor» har latt seg overtale til å søke sykehjemsplass. Hun ønsker seg til samme sted hvor far lå de to siste årene før han døde. Her kjenner hun personalet og har tillit til dem. Hun kommer til et annet sykehjem. Etter to måneder får sykehjemmet nye eiere. Flere av de pleierne hun var blitt kjent med slutter. Hun føler seg utrygg. Hun vil helst ikke bry personalet unødvendig og en natt hun skal på toalettet faller hun og slår seg. Hun forsøker å rope på hjelp, men det går en «evighet» før noen kommer. Hun blir hjulpet opp i senga. Hun har store smerter og neste dag blir hun liggende. «Mor» klager ikke. Først når datteren kommer to dager senere blir lege tilkalt. Røntgenundersøkelse viser brist på bekkenbenet. Hun må pleies i seng en tid fremover. «Mor» liker å lytte til morgenandakten. Pleierne som skal stelle henne setter ofte radioen på P4 og mor synes det er vanskelig å si fra at 08.18 starter andakten.

viktig. Navnet har en viktig signaleffekt. Da regionsykehuset i Trondheim tok navnet St. Olavs hospital ga de samtidig sykehuset en verdiforankring med sterke kulturelle røtter. Firmanavn som NOR, PLUSS, Actica og Norlandia gir foreløpig liten gjenkjennelsesverdi hos brukerne. Navnet sier ikke noe om hva bedriften står for.

For å skape identitet med bedriften er symboler viktige. Både Malteserkorset og Røde Kors-merket gir de som bærer det en felles tilhørighet.

Unge pleiere kan finne inspirasjon ved å se sitt arbeid i en større historisk sammenheng. Den barmhjertige samaritan, Frans fra Assisi, Florence Nightingdale,

«Navnet på bedriften eller institusjonen er viktig. Navnet har en viktig signaleffekt»

Cathinka Guldborg og Mor Theresa er alle eksempler på personer som tok ansvar, organiserte pleie og behandling, samtidig som de praktiserte neskjærhet.

De ansattes situasjon

En tydelig og forutsigbar ledelse er viktig. De Facto viste i sin rapport at når driften av sykehjem overføres fra kommuner til multinasjonale selskaper med hovedkontor utenfor Norge, mister de ansatte og deres organisasjoner mesteparten av sin sentrale innflytelse (2001). En arbeidstaker som trives vil være med på å skape en trygg og dynamisk arbeidsplass. Vedkommende vil lettere føle tilhørighet og lojalitet til arbeidsstedet. Det er viktig å oppleve at en har kontroll over sin egen arbeidsdag. Å ha en fast arbeidsavtale i en ønsket stillingsbrøk ska-

per forutsigbarhet. Et tydelig kriterium på trivsel er lav turnover og lavt sykefravær.

Ved overtakelse av et «foretak» er det ikke alltid like lett å komme med nye ideer og endringsforslag når en stor andel av de ansatte følger med. Høyere lønn kan øke motivasjonen, men høyner ingens kompetanse. Ansatte som trenerer endringsforslag, kan skade arbeidsmiljøet.

For pasientenes skyld er det viktig å ha kontinuitet i pleiestaben. De unge trenger gode rollemodeller. Den tause kunnskap som er samlet gjennom en årrekke med relasjoner mellom pasient og pleier, er erfaringer som en ikke like enkelt kan tillegne seg teoretisk. Ved flere av de privat drevet sykehjemmene har det til tider vært ustabil arbeidskraft og mangel på faglig kvalifisert personale. Sykepleiere kan gå av med pensjon ved fylte 62 år, men mange slutter før tid og få fortsetter lengre. Rykkinn sykehjem i Bærum fikk høsten 2002 en pris for sin seniorpolitikk. Ved fleksible ordninger ble eldre pleiere motivert til å fortsette å være i jobb. Dette til stor verdi for pasienter og andre ansatte.

På hjemmesiden til søster Ninas sykehjem står det: «Vi har en meget stabil medarbeiderstab som gir beboerne trygghet og god service.» Dette er et kvalitetskriterium som er enkelt å kontrollere, og utsagnet skaper tillit til institusjonen.

Et par eksempler på hvordan personalsaker løses forskjellig:



For pasientenes skyld er det viktig å ha kontinuitet i pleierstaben.

Foto: Rune Lislerud / Samfoto

Ved oppstart var pensjonsordningen de ansatte på Risenga fikk gjennom Vital dårligere enn den de kommuneansatte i Asker hadde. Pensjonsordning til ISS satte strenge krav til de ansattes lønn, alder og ansiennitet for at de skulle omfattes av ordningen. De måtte være ansatt i 10 år. Ordningen tok ikke hensyn til den lovfestede retten sykepleiere hadde til å gå av ved fylte 62 år. Senere fikk de ansatte pensjonsordninger gjennom KLP.

I Bærum var både politikerne og de tillitsvalgte bevisste på at de ansatte i kommu-

nen ikke skulle lide noe ved at arbeidsstedet deres ble driftet privat. De ansatte ved Gullhaug var først ute fra 01.04.01. De ansatte ble garantert jobb i kommunen, og fikk med seg sine lønns- og arbeidsvilkår, likeverdige pensjonsrettigheter og forsikringsordninger samt to års angrefrist, ved overdragelse til Actica.³ Actica omsorg kunne imidlertid ikke ta på seg ansvaret for tre hjelpepleiere som tok sykepleieutdanning på deltid. Disse fikk derfor jobb i kommunen.

Når ulike bedriftskulturer møtes, skapes det lett frustrasjoner og gnisninger. Pasientene er vare for endringer i de ansattes stemningsleie. Medarbeidersamtaler og plan for individuell kompetanseutvikling vil stimulere til økt velvære på jobb. De ansatte trenger hjelp til å sette ord på etiske dilemma. Usikkerhet i møte med utfordrende pasienter bør være viktige tema i internundervisningen.

Mer makt eller avmakt til pasienten

Fordelen ved konkurranseutsetting er at den hjelpetrengende nå får tydelig beskjed om hva vedkommende har rett til av støtte og omsorg. Politikerne må sette klare økonomiske rammer for de ulike tjenestestedene. Fra å bruke skjønn, blir det nå inngått avtaler med brukerne. Her er det viktig å påpeke at 60-70 prosent av bru-

kerne i sykehjem og ca. 15-25 prosent av brukerne i hjemmetjenesten har begrenset evne til logisk å begrunne sine behov.

Konkurranseutsetting forutsetter at det settes et skarpt skille mellom forvaltning og drift: Kommunen skal beholde ansvaret for å utforme tjenestens innhold og kvalitet, mens kommunale og private utførere (produsenter) skal konsentrere seg om å utføre tjenesten. Bestiller-utfører-prinsippet forutsetter med andre ord at omsorgsoppgavene kan forhåndsdefineres og kontrolleres (bestilles), og at de kan utføres ut fra en form for anvisning eller kontrakt (Busch et.al. 2001).

Bestiller-utfører-modellen skaper økt byråkratisering i kommunene (Vabø 2001). Det må opprettes et eget servicekontor som skal ta hånd om bestillingen fra brukerne. Det skal foretas hjemmebesøk og administratorer utformer kontakten hvor de ulike tjenestefunksjoner blir spesifisert. De ansatte som utfører tjenestene i hjemmet og kan vurdere den eldres ressurser over tid, burde langt oftere være med på å utforme kontrakten. Det må også opprettes egne kontrollinstanser som kan påse at kvaliteten på tilbudet er i samsvar med inngått kontrakt.

Det kan virke som om det er for dyrt for samfunnet å drive sykehjem ut fra de kva-

«Konkurranseutsetting forutsetter et skarpt skille mellom forvaltning og drift»

³ Hvor mange som benytter seg av denne garantien vil vise seg per 31.03.03.

litetskrav som statelige retningslinjer krever. Kanskje standarden må senkes. Det er populært å mene at pengene skal følge pasienten. Dersom det blir en realitet kan pasientene få en sykehjemsplass til en gitt pris. Ønsker vedkommende bedre standard, må han betale tillegget av egen lomme. Vi kommer til å utvikle A- og B-plasser ⁴, og etter hvert A- og B-sykehjem.

Det bør være mulig å benytte de positive sidene ved markedsliberalismen. Ved å bruke moderne forretningsprinsipper som målstyring og produktkontroll kan en få klare arbeidsoppgaver. De kommunene som har prøvd seg på noen anbudsrunder har blitt utfordret både når det gjelder egen organisering og prioritering. Når det gjelder pasientenes utbytte av konkurranseutsetting vil effekten først vise seg når vi får stabile sammenlignbare bedrifter.

Å sikre god kvalitet

De fleste kommuner har etter hvert samlet seg en rekke dokumenter på kvalitetskriterier, kvalitetsmålinger og kvalitetssikring (Sletvold, Solbu & Hofstad 1999, Granheim & Hunstad 2000). Men den store kvalitetsreformen lar vente på seg. Vi har fått «Permkvalitet», noe en avviksmelding beskriver godt.

«Kommunen har utarbeidet sentrale dokumenter om eldreomsorgen. Denne dokumentasjonen, som er meget god og beskrivende, har imidlertid ingen tydelig rød tråd nedover

i organisasjonen til det operative nivået» (utdrag fra fylkeslegens tilsynsrapport 2000).

Kommunene er ikke alene om å sette ord på den ideelle omsorg. Noe av det samme vil vi bli møtt med dersom vi hadde innsyn i de ulike anbudsdokumentene. Vi ville lest side på side med velformede slagord og utvalgte adjektiver innpakket i en elegant layout. Det hjelper ikke hvor mange samlepermer vi har med retningslinjer og mål dersom det ikke skjer noe. Skriftlig materiale er ingen garanti for en god eldreomsorg. Vi må ha gode ledere som ikke bare kan markedsføre visjoner om en god omsorg, men de har også evne til å omsette visjonene i handling.

Det er en kunst å lage et godt anbud. I de fleste tilfeller blir et anbud vunnet på grunn av lavest pris. Kommunene har liten erfaring med å lage anbud. Ved et standardisert dokumentasjonsverktøy er det mulig å vurdere både behov og pris (Björkgren et al 1999 & Hansebo 2000).

Asker kommune tapte et anbud i et av sine hjemmesykepleiedistrikt på grunn av kvalitet. Årsaken var ikke at kvaliteten var dårlig, men de kommunale aktørene klarte ikke å beskrive «den tause kunnskapen»; alle de gode tingene som de kommunalt ansatte omsorgsarbeiderne utførte, men sjelden snakket om.

⁴ På Røde Kors Klinikk fikk private pasienter servert «lam i kål» og rødvin til maten. Pasienter med kommunal garanti fikk færikål og vann.

Da de hjemmebaserte tjenestene i Sandvika distrikt i Bærum skulle ut på anbud, var det bare kommunen selv som la inn bud. Andre aktuelle aktører mente at omsorgsbehovet ikke var tilstrekkelig spesifisert.

Internasjonale firma med lang erfaring har trening med å fremheve sine beste sider. En må ha en sterk tro på at en skal lykkes. Når kommuneansatte presenterer sine anbud, vil de alltid ta en del forbehold. De vet at de kan gjøre en bra jobb, men det er unaturlig for dem å bruke for store ord.

I Norsk Standard (NS-ISO 8402) blir kvalitet definert på følgende måte: *«Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.»* Kravene om behov kan komme fra staten i form av lover, forskrifter eller rundskriv, fra kommunene selv eller fra brukere og pårørende.

Kvalitetssikring er et viktig anliggende og er en felles betegnelse for «alle planlagte og systematiske aktiviteter som er iverksatt som en del av kvalitetssystemet og påvist som nødvendige for å skaffe tilstrekkelig tiltro til at en enhet vil oppfylle kravene til kvalitet.»

Et sentralt element i internkontrollen er et system for avvikshåndtering. Avvik er definert som «mangel på oppfyllelse av spesifiserte krav.»

Å måle kvalitet er vanskelig. Skjemaer blir sjelden lest av andre enn de som bruker dem til å kontrollere. For pasientene og deres pårørende er det to nøkkelområder som viser om kvaliteten er god eller ikke.

1) Pasientens ernæringsstatus og

2) omsorg for pasienter ved livets slutt.

Dersom en omsorgsetat er dyktig på disse to krevende områdene så mestrer den de fleste andre oppgaver også.

Ernæringsstatus som kvalitetsindikator

Mat har stor symbolverdi. Mat skaper fest. Når en mister appetitten på livet, begynner en ofte å spise mindre. Utsiktet vekttap skjer ofte etter at ektefelle dør. Vekttap kan også være forårsaket av depresjon eller dårlig trivsel. Utsiktet vekttap kan avdekke en kreftsykdom, eller en annen lidelse. Det er derfor viktig at så enkle hjelpemidler som vekt og metermål blir brukt regelmessig i hjemmetjenesten eller på institusjon.⁵ Går vekten ned, bør den gamle til legekontroll. Mange kan føle seg i bra form med en lav kroppsvekt, men de er mer utsatt for bruddskader og andre lidelser. Ved sykehusopphold vil en pasient som er undervektig få flere liggedager. En har også en større risiko for å dø i løpet av første året etter innleggelsen. Evnen til å lage mat svekkes, enten på grunn av fysisk helse eller på grunn av kognitiv svikt. I hjemmesituasjonen kan dette bli katastrofalt. Det hjelper bare litt om hjemmetjenesten tilrettelegger maten for den gamle,

⁵ BMI (body mass index) er vekt delt på høyde x høyde. Denne verdien gir en pekepinn om en bør undersøke den gamle nærmere.

dersom de må gå uten å se om den gamle får maten i seg. I institusjon trenger en stor andel hjelp til å spise. Dette er ofte tidkrevende og mange opplever at varme retter i bestefall er lunkne. Det er sjelden kontroll på om den enkelte pasient får i seg en riktig sammensatt og tilstrekkelig kost. Væskebalansen blir bare målt unn-taksvis. Svært mange gamle er derfor uttør-ret og får lett urinveis-infeksjoner. Å sørge for at pasientene får i seg næring er en sentral kvalitetsindikator.

Det er også viktig å vite at det å ikke ta til seg næring og væske kan være en naturlig del av dødsprosessen. En kan dø gammel og mett av dage, også når en er underer-nært.

En verdig død som kvalitetsindikator

De fleste av de pasientene som har behov for hjelp til personlig stell i hjemmet er eldre, 70-80 prosent av dem er over 80 år. Mange har slitasjesykdommer i muskel- og skjelettsystemet. En stor andel har hjerte-karlidelser og flere sliter med KOLS (kro-nisk obstruktiv lungelidelse). Spesielt i sykehjem har mange av pasientene proble-mer med å uttrykke hvilke behov de har. Og dess nærmere de gamle kommer livets slutt, dess vanskeligere er det for dem å sette ord på sine ønsker. Dette krever der-for at personalet har kompetanse innen lindrende behandling. En kompetanse som ikke bare dreier seg om å lindre

fysiske plager, men gjør en i stand til å gi helhetlig omsorg. Pasientens psykiske, sosiale og åndelige behov må også bli møtt.

Det kreves erfaring for å kunne observere at døden er nært forestående, likevel er det visse kliniske observasjoner de ansatte bør kjenne til. Alle ansatte bør derfor få intern opplæring i omsorg for døende. Når selve spi-sesituasjonen påfører pasienten mer ubehag en gavn, så skal en

«Å sørge for at pasientene får i seg næring er en sentral kvalitets-indikator»

slutte å gi pasientene mat gjennom mun-nen. Legen skal avgjøre om det av medi-sinske årsaker er hensiktsmessig å gi kun-stig væske- og næringstilførsel. Generell slapphet og kraftløshet er ofte et begyn-nende tegn på at døden nærmer seg. Pasienten klarer ikke sitte i sengen ved egenhjelp. De hyppigste plager hos døende pasienter i sykehjem er tungpu-stenhet og smerter. Det er derfor viktig at personalet har klare avtaler med ansvarlig lege om hvordan gi den enkelte pasient lindring.

En klar målsetting bør være at ingen pasi-enter skal være alene i dødsøyeblikket. Det er et klart tegn på stort forbedringspoten-sial hvis et sykehjem har mange pasienter som dør alene. Alle ansatte må kjenne sikre dødsteget og vite hvordan de skal for-holde seg når en pasient dør. Samarbeid og oppfølging av de nærmeste pårørende er sentralt. Høy kompetanse innen lindrende

(palliativ) medisin, vil også vise seg i lindring av smerter og andre symptomer hos alle pasientene. Dersom de ansatte kan skape en verdig ramme rundt et dødsfall, vil de også mestre andre utfordringer.

Oppsummering:

Konkurranseutsetting utfordrer kommuneansatte til nytenking. For å komme inn på markedet er mange villige til å investere ganske mange penger dersom en har tro på at det vil gi gevinst på sikt. En slik tro på langsiktig vinning bør også inspirere lokale politikere.

For å bevise at man kan spare penger uten å redusere kvaliteten, anbefales et standardisert vurderingsverktøy som både kan vurdere kvalitet og kostnader. Vi trenger benchmarking før og etter en driftovertakelse og mellom sammenlignbare enheter. Trivsel på arbeidsplassen gir fornøyde pasienter. Pasienter som bevarer sitt livsmot og appetitten på livet har det stort sett bra. Her kan begrepet trivselsvekt tolkes bokstavelig. Pasienter er i stand til å bevare sitt selv bilde dersom de får brukt sine gjenværende ressurser. Da oppleves det også godt å motta hjelp der egne evner svikter. God lindring mot ulike plager er avgjørende for livsglede. Enhver må få hjelp til å praktisere sin tro uansett livssyn.

I iveren etter kvalitetskontroll, må vi derfor ikke glemme pasientens livskvalitet. En livskvalitet som gjenspeiles av en verdig død. Klarer vi dette er det mindre interessant om driften er privat eller offentlig.

Referanser

Busch, T., Johnsen, E., Klausen K.K, Vanebo J.O. (2001): Modernisering av offentlig sektor New Public Management i praksis, Oslo: Universitetsforlaget.

Björkgren MA, Hakkinen U, Finne-Soveri UH, Fries BE. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scand J Public Health* 1999 Sep;27(3):228-34.

De Facto. Private sykehjem. En rapport om kommersielle sykehjem. Kunnskapssenteret for fagorganiserte. 2001.

Granheim K, Hunstad W. Tjeneste – Kvalitet ved hjelp av Indikatorer. Kommuneforlaget 2000.

Hansebo G. Assessment of patients' need and resources as a basis in supervision for individualised nursing care in nursing home wards. *Carolinska Medico Chirurgiska Institutet*. Stockholm 2000.

Sletvold O, Solbu H, Hofstad T. Kvalitet i sykehjem. Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Rapport nr. 2/99.

Vabø M. Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten. Oslo: NOVA Rapport 18:2002.

